基于扎根理论的个体医疗健康信息源选择行为影响因素研究*

■ 张鑫[1] 王丹[2]
[1] 河北大学管理学院 保定 071002 [2] 中国人民大学书报资料中心 北京 100086

摘要：［目的/意义］对公众的医疗健康信息源选择行为影响因素进行调查和分析，不仅有助于为国内医疗健康信息资源建设提供针对性依据，也有助于对公众的医疗健康信息获取提供高效服务。［方法/过程］运用扎根理论方法，对38名普通个体的医疗健康信息源选择行为的访谈文本进行分析，包括开放式编码、主轴编码、选择性编码及理论模型构建4个阶段。［结果/结论］研究发现个体的医疗健康信息源选择行为影响因素主要包括个体状态-动机因素、感知质量因素、关系结构因素以及信息源运行水平因素，最终构建了一个综合的个体医疗健康信息源选择行为影响因素的理论模型。

关键词：医疗信息 健康信息 信息源 信息源选择 影响因素
分类号：G252.0
DOI:10.13266/j.issn.0252-3116.2018.14.001

随着互联网的快速发展和人们健康观念的逐渐转变，普通公众的医疗健康信息行为进一步多元化并呈现不同特点，其信息获取也从传统面对面的医患交流、咨询专业人士或亲朋好友，发展到单向被动地接受来自媒体广告、图书报刊以及健康网站的信息，再到Web 2.0时代主动在新兴的社会化媒体平台搜寻、分享和传播健康信息。研究表明，公众选择和利用合适的医疗健康信息源，对其健康管理及疾病治疗起到事半功倍的效果[1]。在这种背景下，对多类型个体的健康医疗信息源选择行为影响因素展开调查具有较为重要的意义：一方面，可以将挖掘到的多重影响因素转化为特定指标，为相关部门的医疗健康信息资源建设提供更具针对性的依据；另一方面，有助于对公众的医疗健康信息搜寻和获取行为进行科学引导和高效服务。

1 文献回顾

1.1 个体的医疗健康信息源类型及嬗变

个体的医疗健康信息源是指普通个体能够连接、选择并利用的存储医疗健康信息的载体或平台。个体的医疗健康信息源包括多种类型，如S. K. Genuis[2]基于专业程度将其分为正式信息源和非正式信息源，前者包括健康专业医生、医学专业组织、医疗机构及病人健康协会等，后者包括人际关系、媒体、业余出版物和在线信息源。Y. Zhang[3]基于时间顺序将个体的医疗健康信息源分为3类，即人际信息源、大众媒体、书刊以及电话咨询专线等传统信息源，20世纪90年代随网络的逐渐普及而产生的网站信息源以及随着Web 2.0的发展而产生的在线医疗社区、维基百科、社会问答系统、社交网站等互动性较强的信息源。

随着个体可选择的医疗健康信息源种类逐渐增多，人们的主要选择决策也有一定发展变化，而互联网逐渐发展成为重要的信息源之一。S. Kamali等[4]使用问卷调查了400名孕妇的信息源选择行为，发现互联网已经基本取代早期较为重要的印刷书籍和材料，并认为互联网和家人、朋友、同事等人际信息源成为孕妇最主要的信息源。A. Turner等[5]讨论了Web2.0环境下医疗健康信息源的补充和替代问题，认为就患精神疾病儿童的父母而言，互联网尤其是在线健康社区已成为与专业医生同等重要的信息源。

* 本文系国家社会科学基金重大项目“我国网络社会治理研究”（项目编号：14ZDA063）和河北大学“一省一校”专项经费项目“全面小康视域下健康信息的协同治理研究”（项目编号：801260201202）研究成果之一。
作者简介：张鑫（ORCID：0000-0001-9156-8387），讲师，E-mail：zealyxin@163.com；王丹（ORCID：0000-0002-8854-0671），编辑。
收稿日期：2017-12-24 修回日期：2018-04-11 本文起止页码：5-13 本文责任编辑：刘远颖

1.2 个体的医疗健康信息源选择行为研究

在国外，学者们对特定情境下不同类型个体的健康信息搜寻行为一直较为关注，就搜寻信息的主题而言，包括乳腺癌、更年期、艾滋病、精神疾病、戒烟、孕育等诸多健康信息主题。许多学者认为，信息源选择作为信息搜寻的初始环节具有重要意义，并涌现出一系列研究成果，主要包括以下方面：

1.2.1 不同人口特征的个体医疗健康信息源选择行为 一些研究从年龄、性别、教育程度、种族和所处地域等人口特征方面探讨了个体的医疗健康信息源选择行为。如 L. M. Given 等[6]通过 897 份在线问卷调查了父母在紧急情境下面对子女健康信息问题的信息源选择行为，发现最常使用的信息源是互联网及医护人员，而父母年龄、受教育程度和家庭收入影响了紧急情境下的信息源选择行为。N. L. Atkinson 等[7]通过调查发现，男性对自己的身体状况更为满意，认为没有必要通过多种信息源了解有关疾病信息，而女性通常更为细心和谨慎，往往选择多种信息源获取医疗健康信息。O. L. Walker 等[8]以使用与满足理论为指导，通过对 165 名不同种族的母亲进行横断面调查，发现种族和语境因素与搜寻者的在线医疗健康信息源选择行为存在显著关系。李颖等[9]发现，城市青年与农村青年相比，其健康信息需求范围更广泛、检索策略与选择平台更加多样化。

1.2.2 面向质量的个体医疗健康信息源选择行为 许多研究发现，个体进行医疗健康信息源选择时往往考虑信息源的质量问题，并将质量概念化为可信性、可理解、全面性等。如 J. ROWLEY 等[10]通过问卷调查发现成年男性和女性在网络医疗健康信息源选择过程中，均认为信息源的信誉、推荐、易用性和品牌影响其信任判断和选择行为，并发现女性更为偏好考虑信息的可理解性，男性则更关心信息的全面性和准确性。T. C. Lin 等[11]发现，影响个体选择医疗健康信息源的最关键因素为可信性和内容参数质量，提出应健全信息源的信息客观描述、可靠来源及背景知识等。吴江和李珊珊[12]发现用户的感知信任对其选择和使用在线健康社区服务有正向影响，而感知风险则产生负向影响。

1.2.3 基于社会网络的个体医疗健康信息源选择行为 还有学者认为个体所处的实体和虚拟社会网络节点及其所能连接到的范围，与其信息源选择行为关系密切。如早期 J. D. Johnson 和 H. Meischke[13]发现，尽管美国中产阶级乳腺癌妇女更偏好医疗机构信息源，但由于后者可获取性偏低，这类群体在实际中通常选择媒体信息源最多，接着才是医生、组织、家庭和朋友。Y. Zhang[3]也发现，病人选择搜索引擎和在线社区作为医疗健康信息源是由于其较容易联接，而将医生作为靠后选择是由于与医生会面比较困难。D. Reifegerste 等[14]基于社会网络理论，利用大规模问卷调查了 28 个欧盟成员国公众的健康信息搜寻行为，发现搜寻者与社会网络节点的强－弱联系影响其医疗健康信息源选择行为。W. Chen 等[15]发现社会资本在一定程度上加剧了数字不平等，而这二者均对个体的医疗健康信息源可及范围及选择使用存在影响。

综上分析发现：①前期研究侧重于探讨国内外特定群体在不同情境中的医疗健康信息源选择行为，往往侧重于单一维度或微观层面的阐释，而整体层面或多维度间影响因素的关系探讨有待深入；②许多研究仅通过问卷调查及定量分析，而问卷的形式往往局限了被调查者的思维和意义建构，得出的结论可能存在偏差，或难以发现新的理论要素。基于此，本文拟对个体医疗健康信息源选择行为的影响因素展开深入定性分析，并在此基础上剖析不同类型影响因素间的作用关系。

2 研究设计

2.1 研究方法

本研究旨在调查普通公众的医疗健康信息源选择行为，剖析影响个体信息源选择行为的多种因素，属于探索性的研究，致力于发现新的理论要素及要素之间的关系。而质性研究中的典型方法——扎根理论研究方法则能够在没有理论假设的前提下有效揭示调研对象行为背后的深层原因。基于此，本研究拟采用扎根理论研究方法对影响个体医疗健康信息源选择行为的因素进行挖掘和探讨，并对所揭示的影响因素之间的逻辑关系进行剖析，最终形成一个系统的特定行为模式理论解释模型。为了保证研究的严谨性和完整性，笔者借鉴了被学界广泛认可的 N. R. Pandit 所提出的扎根理论研究范式及基本流程[16]，见图 1。

2.2 数据收集

数据收集方法主要使用访谈法。访谈法是通过被访者对某现象、事件或经验的语言描述，来挖掘表面现象之下的信息，这是一个看似主观，实则反映其客观心理状态的过程[17]。具体的数据收集时间为 2016 年 5 月底至 2016 年 10 月初，两位研究人员共选取了 38 位个体案例展开一对一的访谈，单次访谈时间平均为 32 分钟。

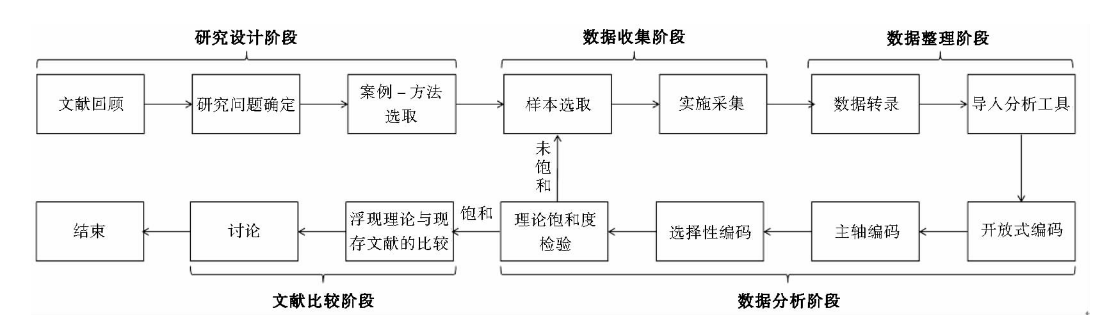


图1　扎根理论研究的基本流程

在具体实施过程中,有两点需要说明:①由于个体的健康问题及健康信息获取问题相对敏感,为了尽可能保证被访者的配合度及数据的真实性,本研究选取被访者时并未采用随机抽样,而是借助研究者自身人际网络关系的间接引荐,与被访者均属于弱连接关系,如此既可保证被访者的信任与配合,又避免与被访者过于熟悉而使其有所顾忌;②为了尽可能保证研究样本的代表性,对被访者的抽样采用了性别、年龄、教育程度、工作性质、生活地域等多重人口统计学特征变量组合的方法。具体访谈名单如表1所示:

表1　被访者的基本信息统计

类别	选项	人数(个)	百分比
性别	男	19	50%
	女	19	50%
年龄(岁)	20－29	8	21%
	30－39	8	21%
	40－49	6	16%
	50－59	7	17%
	60－69	3	8%
	70－79	4	11%
	80以上	2	5%
教育程度	小学	1	3%
	初中	10	26%
	高中	4	10%
	专科	9	24%
	本科	9	24%
	硕士	4	10%
	博士	1	3%
职业	公务员(含退休)	2	5%
	事业单位职员(含退休)	7	18%
	企业职员(含退休)	12	32%
	工厂员工(含退休)	2	5%
	教师(含退休)	5	13%
	农民工	2	5%
	农民	1	3%
	学生	4	11%
	个体	3	8%
地域	辽宁沈阳	12	32%
	河北保定	12	32%
	江苏苏州	14	36%

注:样本选取一定程度上参考了我国第六次人口普查显示的人口性别、年龄、教育程度结构分布情况

半结构化的访谈提纲为:①平时是否有医疗健康类型的信息需求?②一般选择何种信息源满足自己所需的医疗健康信息?结果如何?③为什么选择(或放弃)这个/些信息源?④是否能详细讲述一次或几次相关的经历?较为开放的问题为被访者提供了相对广阔的描述空间,并涌现出较多意料之外的意义建构解释。

2.3　数据整理

每次访谈结束后,研究人员及时对音频资料进行整理并转录,最终形成38份共10万余字的文本数据。在此基础上,本研究随机选择了30份访谈文本拟进行数据分析,试图通过三层的扎根理论编码来建构理论模型;同时预留了8份访谈文本用于检验所得理论的饱和度。

本研究采用质性研究中较常用的分析软件Nvivo作为数据分析工具,研究人员将文本数据导入当前较高版本——Nvivo11中,以SY01……SYn、BD01……BDn和SZ01……SZn(n为阿拉伯数字,下同)分别作为沈阳、保定和苏州的被访者案例代码。接着,通过对文本数据的简单梳理,剔除掉一部分与本研究不相关的内容,为进一步的数据分析做准备。

2.4　数据分析

数据分析工作是扎根理论研究的核心环节,是搜集数据和形成这些数据的生成理论之间的关键步骤,最终得以使理论命题超越具体时间和地点,对不同情境下的行动和事件产生一般化的阐释能力。具体可以分为4个阶段:开放式编码、主轴编码、选择性编码和理论模型构建。需要说明的是,本研究借鉴了A. L. Strauss等[18]的编码操作及效度控制方式,通过成员校验、撰写备忘录与专家分析的方式综合保障扎根过程的严谨性,具体的编码工作由一位本领域情报学博士及一位较资深研究员分别实施,对于不同编码结果进行比对、解释、商讨,不能达成一致的则咨询领域专家并最终敲定,以尽可能保证编码的效度。

2.4.1　开放式编码　开放式编码是一个打破、解释、

对比、使概念化和分类数据的过程，具体包括：①在忠实和遵循原始资料的基础上，对数据片段逐个赋予“标签”；②通过不断比对、分析提炼以寻找可解释各部分数据的理论抽象概念；③对概念要素进一步剖析，形成若干概念范畴[19]。

在本研究中，首先，研究人员以保持开放和贴近数据的原则对 38 份文本资料进行编码，共获得 760 余条原始语句及所对应的标签概念，部分原始语句及所对应的概念编码过程如表 2 所示：

表 2　访谈文本节选与开放式编码案例

被访者	访谈文本与开放式编码案例
BD08（女，45岁，高中，保洁员）	前几年带我儿子去看眼睛，因为毕竟视力是孩子的大事儿，我们都挺重视【感知重要性】，就想着北京大医院医疗水平比较好【专业性】。那天我们坐火车去了北京，又坐了公交车，刚下车就有人把我们截住了，跟我们搭话儿【信息（源）偶遇】，听说我们去看眼睛，就跟我说哪儿有一家医院特别好【针对性】【宣传】，中药治疗不用手术，对孩子伤害性小【副作用程度】，他弟弟就是从那儿治好的【案例宣传】……我们几乎没来过北京【前期经历】，啥也不知道啊【个体健康知识结构】，他说好我们也就信了【认知信任】，就跟着他走了，又坐了公交车去了别的地方，另外一个医院【二次引导】。在那儿医生给看了，开了两千多块钱的药【附加物理治疗】
BD10（男，59岁，大专，公务员）	像我这样的年龄段【年龄】，身体觉得不是特别舒服，有点小毛病【健康问题严重性】，也知道身体逐渐在老化【感知常态】，不是特别在乎【感知重要性】，有时不吃药……有时也吃药，像我们小区，离药店很近【物理成本】，跟药店的老板都熟了【熟悉性】，那老板都是学医的，有的也有行医证【专业性】，哪儿有毛病跟他一说，（他）就直接说吃点儿什么什么药吧【便捷性】。像胃不舒服，他那儿胃药挺多，知道的也多【丰富性】，给你提供的胃药也不像电视上做广告的那样贵【经济成本】。具体见效不见效的，那就是另一回事了【效用】。他给那药反正吃了也没事儿【副作用程度】，因为也不知道是溃疡还是胃炎【模糊性】，只要没做胃镜，他就给你弄点养胃的，嘱咐你多喝点小米粥啊，吃点软和的，对胃对消化好【提供基础保养知识】。就是这么给提供的建议，反正都是为了咱们好【感知友好性】，他还建议你最好上医院检查检查去【二次引导】……你阿姨这胃【健康问题类型】，时间也长了【健康问题历史】，好好坏坏的，就是慢性病，有时候吧想去医院检查检查，但是好一点了就忘了【健康问题严重性】，不是特别重视【感知重要性】，一般都是能忍就忍过去了，不爱去医院。像医院吧，人也挺多的，还得排队，挺麻烦的【便捷性】

然后，研究人员通过不断比较、提炼、合并与筛选，共得到诸如健康问题类型、感知重要性、可参与、认知信任和信息偶遇等影响个体医疗健康信息源选择的 105 个初始概念（以 A1…An 表示每个初始概念）；接下来，对所得的初始概念要行归纳、整合与范畴化，最终浮现出个体健康状态、个体动机态度、感知可用性和感知效用等 19 个范畴（以 B1…Bn 表示每个范畴），开放式编码建构的初始概念及范畴如表 3 所示：

表 3　开放式编码建构的初始概念及范畴

初始概念	范畴
A1 性别；A2 年龄；A3 教育程度；A4 性格；A5 个体健康知识结构；A6 个体社会关系；A7 个体思维方式；A8 个体兴趣	B1 个体特征
A9 健康问题类型；A10 健康问题严重性；A11 健康问题历史；A12 健康问题发展阶段；A13 健康问题治疗阶段	B2 个体健康状态
A14 悲伤/乐观程度；A15 急迫/平静程度；A16 迷茫无助；A17 自卑胆怯	B3 个体心理状态
A18 探索问题；A19 查询事实；A20 解决问题；A21 日常知识积累；A22 就医前知识铺垫；A23 补充信息；A24 验证信息；A25 获取情感支持；A26 先行心理铺垫；A27 需要物理治疗；A28 需要定期复查；A29 隐私保护	B4 个体动机
A30 感知重要性；A31 感知紧急性；A32 感知复杂性；A33 期待性；A34 模糊性	B5 个体动机态度
A35 可连接性；A36 可掌控性；A37 可交互性；A38 可读性；A39 可理解性；A40 被干扰程度	B6 感知可用性
A41 便捷性；A42 清晰性；A43 舒适性；A44 熟悉性	B7 感知易用性
A45 权威性；A46 专业性；A47 保障性；A48 真实性；A49 官方背景；A50 组织实力；A51 副作用程度；A52 矛盾程度；A53 合理性	B8 感知可靠性
A54 有用性；A55 实用性；A56 匹配度；A57 个性化；A58 诊疗深度	B9 感知效用
A59 准确性；A60 全面性；A61 丰富性；A62 及时性；A63 逻辑性；A64 趣味性	B10 感知信息质量
A65 易于保存；A66 访问限制；A67 面对面；A68 可参与；A69 是否赢利；A70 规模；A71 社会影响力；A72 发展历史	B11 信息源功能特征
A73 布局；A74 可视化；A75 繁冗程度；A76 导航	B12 信息源信息建构
A77 多次编辑；A78 有来源出处；A79 实名制；A80 评价机制；A81 审核机制；A82 广告投放	B13 信息源管控措施
A83 口碑；A84 品牌效应；A85 传播方式	B14 信息源宣传程度
A86 物理成本；A87 经济成本；A88 时间成本	B15 客观距离
A89 认识信任；A90 情感信任；A91 感知友好；A92 感知尊重；A93 感知风险；A94 从众心理；A95 同类分享	B16 主观距离
A96 前期经验；A97 使用习惯	B17 历史体验
A98 信息（源）偶遇；A99 定制推送；A100 二次引导；A101 不可替代	B18 连接方式
A102 家庭环境；A103 医疗政策；A104 社会因素；A105 技术因素	B19 外部情境

张鑫，王丹. 基于扎根理论的个体医疗健康信息源选择行为影响因素研究[J]. 图书情报工作,2018,62(14):5－13.

2.4.2 主轴编码 主轴编码指基于开放式编码结果进行类属精细化和维度具体化，即以“条件——脉络——行动/互动——结果”为基本操作典范，对已浮现的范畴逐个进行属性剖析及聚类分析，这一阶段并不试图将这些范畴构建理论框架，而是旨在生成清晰可控的主范畴[19]。在本研究中，研究人员通过对已经发现的19个范畴进行不断比较、分析、归纳和抽象，最终形成8个主范畴(以C1……Cn表示每个主范畴)，即个体状态、个体动机、感知功能、感知内容、关系距离、关系构建、信息源运行及外部情境。主轴编码所建构的子范畴及所属主范畴如表4所示：

表4 主轴编码建构的子范畴与主范畴

子范畴	子范畴含义	主范畴
B1 个体特征	个体的自身内在属性特征	C1 个体状态
B2 个体健康状态	特定时刻的个体生理性健康问题	
B3 个体心理状态	特定时刻的个体面临生理性健康问题时的心理状态	
B4 个体动机	个体的医疗健康信息特定需求或行为目的；	C2 个体动机
B5 个体动机态度	个体对医疗健康信息需求的主观评价或心理倾向	
B6 感知可用性	个体感知到的医疗健康信息源被连接和被吸收的可能性	C3 感知功能
B7 感知易用性	个体感知到的信息源被操作的难易程度	
B8 感知可靠性	个体感知到的医疗健康信息源可信赖程度	
B9 感知效用	个体感知到的医疗健康信息源对自身需求的满足程度	
B10 感知信息质量	个体感知到的医疗健康信息源所承载信息内容的属性或性能	C4 感知内容
B11 信息源功能特征	医疗健康信息源所具备的客观功能或发展模式	C5 信息源运行
B12 信息源信息构建	医疗健康信息源所呈现的空间环境或信息组织结构	
B13 信息源管控措施	医疗健康信息源质量管控措施或保障模式	
B14 信息源宣传程度	医疗健康信息源宣传推广效果或程度	
B15 客观距离	个体与医疗健康信息源发生关系所需的客观成本	C6 关系距离
B16 主观距离	个体与医疗健康信息源发生关系所需的心理条件	
B17 历史体验	个体前期使用医疗健康信息源所形成的习惯或经验	C7 关系构建
B18 连接方式	个体连接医疗健康信息源的途径或手段	
B19 外部环境	个体选择满足医疗健康信息需求或选择医疗健康信息源所处的外部情境	C8 外部情境

2.4.3 选择性编码 选择性编码指在浮现出的复杂概念群中，不断分析、提炼和选择最常出现的、较为稳定的、关联能力和概括能力强的概念，作为整个分析框架体系的核心范畴，并以此为基础整合其他范畴。接着，不断比较和分析各范畴间的关系结构，明确揭示研究问题的主线[19]。本研究主轴编码阶段已浮现出个体状态、个体动机、感知功能、感知内容、信息源运行、关系距离、关系构建和外部情境等8个主范畴，通过在维度、属性等方面的进一步分析，最终提炼了影响个体医疗健康信息源选择行为的个体动机、感知质量、信息源运行和关系结构这4个核心范畴，并对这些范畴的关系进行挖掘，典型的范畴关系结构产生见表5。

2.4.4 理论饱和度检验 接着，本研究用预留的8份访谈文本进行理论饱和度检验，结果并未发现新的能解释研究问题的重要概念或其他范畴，因此可认为所构建的理论模型达到饱和。以如下访谈文本为例：“有段时间心脏会有那种一阵一阵儿疼的感觉(健康问题类型)，就会去网上查(信息源选择行为)……先大致了解一下(个体动机)，比如我在网上查有一种观测心脏的东西，要全天24小时戴着……在跟医生交流时我会问一句，需不需要带Holter(信息源选择)……看医生之前几个月在网上查了很多次(健康问题治疗阶段)……后来我爸跟我说家里有个年轻的亲戚得了重症之后(外部环境)，我就有点儿害怕了(个体心理状态)，才去(医院)的(信息源选择)，如果他不这么说，我还不会去医院”(被访者SY02)。

表 5　核心范畴的典型关系结构及案例

范畴关系	关系结构的内涵	访谈文本案例
个体动机→选择行为	个体动机影响其医疗健康信息源选择行为	SZ01：有时候会有一些妇科疾病不太愿意家人知道，也不好意思去看医生，就在网上查查 SZ14：我们单位每年都组织退休干部体检，检查的项目比较详细，会出具体检报告单，如果有问题的话再去医院复查，医生也会再解释和安排进一步检查
关系结构→感知质量	个体与医疗健康信息源的关系结构影响其感知信息源的质量	BD10：上大医院太麻烦，去了人家态度也不好，也不给你好好说，说的不详细，感觉也没起到什么作用，就不愿意去了 BD03：百度贴吧里关于跟腱炎的帖子挺多，好多人挺热情的介绍自己的症状和治疗措施，我觉得挺好
感知质量→关系结构	个体感知信息源的质量影响其与医疗健康信息源的关系结构	BD06：县医院医疗水平不高，总体来说不太信任他们，就上保定去了……找一个大一点的医院给看看，给确诊一下 BD02：我不舒服经常去学校校医室里咨询，那里是我们学校和一个大医院合作的，比较正规，成天给我们学生看病，比较有保障
关系结构→选择行为	个体与医疗健康信息源的关系结构影响其信息源选择行为	BD11：不舒服就跟孩子们说呗，问他们怎么办，他们说怎么着咱就听就行了 SZ07：好多医院医生的态度都不太好，病情说的也不清楚，有什么事儿直接让去拍片……有时候多问几句他们就急了，每次去医院都不太愉快，一般能不去就不去
信息源运行→选择行为	医疗健康信息源的运行水平影响个体信息源选择行为	SY05：（在《养生堂》节目中）医生告诉我们疾病是怎么来的，生了病的心脏或是牙齿是什么样的，有时候会现场做一些小实验，会提供大众能看得懂的指标。我觉得公众最重要的是一些基本常识的掌握，这样在面对疾病面对医生的时候才对等，才不会因为语境和知识的不对等造成各种困扰
感知质量→选择行为	个体感知医疗健康信息源的质量影响其信息源选择行为	SY03：一些小病不用去医院看了，太麻烦，在百度搜一下看看原因和吃什么药，很方便 SY08：我几乎每天都看北京台的《养生堂》节目，基本都是在电视上看……请的嘉宾都是北京协和医院的专家，比较权威……有时候有事儿落下了，再用手机上网看

3　模型阐释和研究发现

3.1　模型构建

通过上述范畴的不断分析、比对、提炼和关系探索，本研究发现个体状态 – 动机、感知质量、关系结构及信息源的运行水平对个体的医疗健康信息源选择行为存在显著影响。具体而言，个体状态 – 动机和信息源运行水平分别为个体医疗健康信息源选择行为的内驱动力和保障机制，而感知质量和关系结构则分别映射了信息源选择行为主客体间的认知维度和关系维度；外部情境则不同程度影响了个体状态和认知、感知质量以及主客体间的关系结构等。以此为基础，本研究构建了个体医疗健康信息源选择行为影响因素的理论模型，见图 2。该理论模型在一定程度上超越了时间和地点限制，具有对整体行动和事件的理论阐释性及普适性。

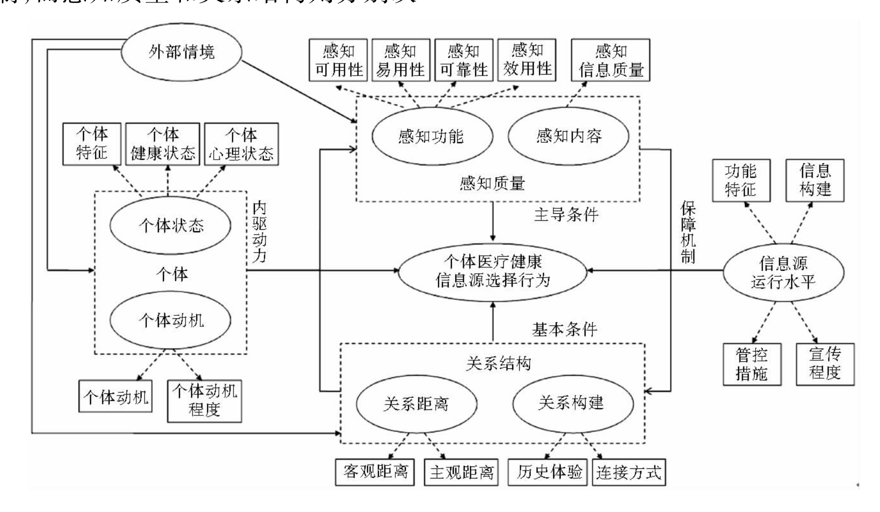


图 2　个体医疗健康信息源选择行为影响因素的理论模型

3.2 机理阐释及讨论

3.2.1 个体状态－动机是人们的医疗健康信息源选择行为的内驱动力　个体作为医疗健康信息搜寻、信息源选择和使用行为的主体，一方面，不可避免地受到如个体特征、健康状态以及心理状态等源于个体内部状态的影响；另一方面，在外部情境和个体状态的作用下引发了诸如探索问题、查询事实、解决问题等的动机。而个体状态和动机因素交叉融合，不仅驱动了个体的医疗健康信息源选择行为，而且在一定程度上影响了个体对所面临的医疗健康信息源的感知情况及个体与信息源的关系结构。

其中，本研究发现的诸如性别、年龄、教育程度等影响因素进一步验证了前期 L. M. Given 等[6]、N. L. Atkinson 等[7]的相关研究。以往的研究往往从人口统计学视角来分析阐释，本研究认为，可以尝试用“稳定＋动态”特征来表示信息搜寻者的个体状态，换言之，个体状态不仅涵盖诸如人口统计特征、性格、兴趣、思维方式等搜寻者短时间内难以发生变化的自身因素（稳定），还包括医疗健康信息源选择行为发生前个体的特殊健康状态（动态），以及这种不确定性动态环境下个体的心理情感特征（稳定＋动态），上述 3 类因素共同组成了个体信息搜寻及信息源选择时的综合状态。这些发现可为医疗健康信息源的建设提供一定参考，如在线医疗健康社区的构建不仅应考虑不同类型用户的稳定特征，还可根据用户的不同健康问题动态阶段以及心理特征设置更具针对性的栏目或服务，进一步体现信息源的个性化和人性化功能。

3.2.2 个体对医疗健康信息源的感知质量是其选择行为的主导条件　个体基于特定动机而选择医疗健康信息源，尽管这些动机或明确、或模糊、或紧急、或平缓，但是只有当搜寻者感知到某信息源所提供的信息质量达到实现动机的预期水平，才能引发其实际的信息源选择和利用行为。本研究认为，个体对医疗健康信息源的感知质量反映了其对客观事物的主观建构，是信息源选择决策的主导条件。具体而言，感知质量一方面体现为个体对信息源可为自身提供功能价值的感知评价，包括可用性、易用性、可靠性、效用等；另一方面体现为个体对信息源所承载医疗健康信息内容质量的感知评价，包括准确、全面、及时等。

以往的一些研究也证明了感知质量是人们的选择医疗健康信息源的最主要考虑因素，如吴江和李珊珊[12]、J. ROWLEY 等[10]提出的感知质量、可靠性、权威性、全面性等因素，在本研究的分析中均以不同次数呈现。除此以外，本研究还丰富了信息的副作用程度、矛盾程度、合理性等感知可靠性概念范畴以及匹配性、诊疗深度等感知效用范畴。以诊疗深度为例，由于医疗机构不仅可以为人们提供医疗健康信息咨询服务，还能在信息咨询的过程中进行仪器诊断、望闻问切等，这无疑增强了其作为信息源的多重效用，也是信息源质量的重要体现。可以说，诸如合理性、匹配性、诊疗深度等要素为医疗健康信息源业务功能的科学、融合发展提供了一定借鉴。

3.2.3 个体与医疗健康信息源的关系结构是其选择行为的基本条件　本研究发现，个体与医疗健康信息源的关系，一方面体现在其与所面临的医疗健康信息源的关系距离，即信息主体通过自身状态及社会关系网络可以到达的信息源节点，如物理成本、经济成本、时间成本等客观距离以及信任、感知友好与尊重等主观距离；另一方面，体现在个体在以往信息搜寻和使用过程中所积累和构建的与信息源的关系以及当下进行信息搜寻与信息源选择时所面临的可能与信息源发生关系的方式。

上述个体与医疗健康信息源的关系距离和关系构建，在一定程度可以映射为 J. Nahapiet 和 S. Ghoshal 对社会资本结构维度和关系维度的阐释——“行动者间的联接和关系模式”[20]。本研究在医学健康信息搜寻领域进一步验证了这一模式，发现当个体与某医疗健康信息源的关系距离越大，关系构建越困难，则其选择该信息源的可能性越小；反之亦然。而且，本研究还丰富了关于社会网络关系的研究，发现感知友好和尊重等对处于社会网络中的个体与医疗健康信息源的心理距离存在着影响，如一些患有特殊疾病的用户持续使用在线健康社区，是由于感知社区其他用户的友好和尊重。可以说，未来医疗健康信息源的长效发展，从基础上还需设置用户关系维护功能及有效的激励机制，提升用户与信息源的客观距离与心理距离。

3.2.4 医疗健康信息源的运行是个体信息源选择行为的保障机制　本研究发现，医疗健康信息源的持续发展和提供价值离不开其自身的运行和约束机制，

不仅包括信息源的易于保存、可参与等功能特征,信息源平台的布局、可视化、繁冗程度等信息构建水平,信息源的多次编辑、有来源出处、审核机制等平台管控措施,还有信息源的传播方式和品牌效应等宣传程度。上述信息源运行水平维度要素与感知质量要素,虽然都是关于医疗健康信息源的揭示性要素,但是前者是客观存在的属性体现,而后者则是信息主体视角下的主观建构,二者有着本质区别,但又相互作用,共同影响着个体的医疗健康信息源选择行为。

需要指出的是,本研究是对个体选择所有的医疗健康信息源的影响因素的系统性探索和全息剖析。由于医疗健康信息源包括传统信息源、网络信息源等多种类型,而不同类型的信息源存在不同特点和基本属性,所以本部分所挖掘的诸如易于保存、可参与、可视化、审核机制等信息源水平影响因素是所有医疗健康信息源平台被选择的综合影响因素,而并非单一信息源一定具备的因素。也可以说,上述信息源水平影响因素更多适用于网络信息源,而传统的人际信息源并不完全适用。

随着信息时代的发展和 Web 2.0 的加快推进,在线医疗健康信息源的地位和价值也进一步凸显。本研究所挖掘的信息源主观感知质量及客观运行水平等系列因素,有助于构建一个相对全面的医疗健康信息源、尤其是在线医疗健康信息源质量评价指标,从整体上促进健康信息源质量的提升。

4 研究贡献、局限及展望

本研究的贡献主要如下:①本研究围绕个体的医疗健康信息源选择行为,对普通公众进行了深度访谈,应用扎根理论方法进行质性分析研究,在丰富完善已有研究成果的同时,进一步挖掘到了前期研究中较少或尚未发现的变量及理论范畴,如健康问题历史、信息源管控措施、可参与等。②对个体医疗健康信息源选择行为的影响因素进行了整体性理论阐释。20 世纪后半叶以来,社会科学领域存在诸多客观主义与主观主义、个人与社会、结构与主体、宏观与微观等二元对立的现象[21]。本研究一定程度上弥合了二元对立传统,不仅分析了影响个体医疗健康信息源选择行为的主客体因素,同时剖析了影响行为的主客体关系因素;不仅从功能结构层面探讨了医疗健康信息源行为因素,而且从主体建构层面讨论了医疗健康信息源选择行为因素;不仅进行扎根理论基础因素分析,而且最终构建了一个整体的影响个体信息源选择行为的理论模型,显示了比较优越的整体性解释力。

本研究尚存在一定局限性,虽然调研样本尽可能符合普适性及理论抽样,但是样本量不够充足,可能导致研究结果存在一定偏差。而且,本研究主要基于访谈文本,应用扎根理论研究方法分析个体的医疗健康信息源选择行为影响因素,这种分析尚属于探索性的定性分析,后续研究中笔者将着眼于本文所发现的理论要素,通过设计一个新的研究并扩大样本量来进一步检验具体因素之间的关系,以期得到更科学的研究结论。

参考文献:

[1] KIM S. An exploratory study of inactive health information seekers [J]. International journal of medical informatics, 2015, 84(2): 119 - 133.

[2] GENUIS SK. Constructing "sense" from evolving health information: a qualitative investigation of information seeking and sense making across sources[J]. Journal of the American Society for Information Science and Technology, 2012, 63(8):1553 - 1566.

[3] ZHANG Y. Beyond quality and accessibility: source selection in consumer health information searching[J]. Journal of the American Society for Information Science, 2014, 65(5): 911 - 927.

[4] KAMALI S, AHMADIAN L, KHAJOUEI R, et al. Health information needs of pregnant women: information sources, motives and barriers[J]. Health information & libraries journal, 2018, 35(1): 24 - 37.

[5] TURNER A, KABASHI A, GUTHRIE H, et al. Use and value of information sources by parents of child psychiatric patients[J]. Health information & libraries journal, 2011, 28(2):101 - 109.

[6] GIVEN L M, WILLSON R, ALBRECHT L, et al. Information in crisis: health & technology-related information behaviors of parents in emergency departments[J]. Proceedings of the Association for Information Science & Technology, 2016, 53(1):1 - 10.

[7] ATKINSON N L, SAPERSTEIN S L, PLEIS J. Using the Internet for health-related activities: findings from a national probability sample[J]. Journal of medical Internet, 2009,11(1):e4

[8] WALKER L O, MACKERT M S, AHN J, et al. E-health and new moms: contextual factors associated with sources of health information[J]. Public health nursing, 2017, 34(6):561 - 568.

[9] 李颖, 杨伟娜, 李媛. 数字环境下城乡青年健康信息搜寻行为研究[J]. 图书情报工作, 2016, 60(12):115 - 123.

[10] ROWLEY J, JOHNSON F, SBAFFI L. Gender as an influencer of

online health information-seeking and evaluation behavior[J]. Journal of the Association for Information Science & Technology, 2017, 68(1):36 – 47.

[11] LIN T C, HWANG L L, LAI Y J. Effects of argument quality, source credibility and self-reported diabetes knowledge on message attitudes: an experiment using diabetes related messages[J]. Health information & libraries journal, 2017, 34(3): 225 – 235.

[12] 吴江, 李姗姗. 在线健康社区用户信息服务使用意愿研究[J]. 情报科学, 2017(4):119 – 125.

[13] JOHNSON J D, MEISCHKE H. Women's preferences for cancer information from specific communication channels[J]. American behavioral scientist, 1991, 34(6):742 – 755.

[14] REIFEGERSTE D, BACHL M, BAUMANN E. Surrogate health information seeking in Europe: influence of source type and social network variables[J]. International journal of medical informatics, 2017,103: 7 – 14.

[15] CHEN W, LEE K H, STRAUBHAAR J D, et al. Getting a second opinion: social capital, digital inequalities, and health information repertoires[J]. Journal of the Association for Information Science & Technology, 2014, 65(12):2552 – 2563.

[16] PANDIT N R. The creation of theory: a recent application of the grounded theory method[J]. Qualitative report, 1996(4):1 – 15.

[17] 闫慧,闫希敏. 农民数字化贫困自我归因分析及启示——来自皖甘津的田野调查[J]. 中国图书馆学报, 2014(5):68 – 81.

[18] STRAUSS A L,CORBIN J M. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory[M]. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998.

[19] LAYDER D. New strategies in social research: an introduction and guide[M]. Cambridge: Polity Press, 1993.

[20] NAHAPIET J,GHOSHAL S. Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage[J]. Academy of management review,1998, 23(2):242 – 266.

[21] 于良芝. 整体性社会理论及其对信息不平等研究的适用性——以布迪厄的社会理论为例[J]. 上海高校图书情报工作研究, 2011(1):1 – 9.

作者贡献说明:

张鑫:提出论文思路,开展访谈及转录文字,分析部分数据,撰写论文;

王丹:分析部分数据,对论文进行部分修改。

Influence Factors Research on Health Information Source Selection of Individuals Based on Grounded Theory

Zhang Xin[1] Wang Dan[2]

[1] College of Management, Hebei University, Baoding 071002

[2] Information Center for Social Science, Renmin University of China, Beijing 100086

Abstract: [**Purpose/significance**] To investigate and analyze the influencing factors of individuals' health information source selection, helps to provide targeted basis for the construction of medical health information resources in China. It also helps to provide efficient service for the public health information acquisition. [**Method/process**] This study applied grounded theory to analyze the interview texts of 38 individuals' health information source selection behavior, including four stages: open coding, axis coding, selective coding and theoretical model construction. [**Result/conclusion**] The results indicate that the influence factors of health information source selection of individuals are related to individual conditions-motivation factors, perceived quality factors, relationship and structure factors and information source operation level. Finally, a theoretical framework of influence factors of individual's health information source selection is constructed.

Keywords: medical information health information information source information source selection influence factors